

Patienten – ANMELDUNG

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Wohnadresse: _____
Tel.-Nr.: _____

Gewünschte Untersuchung: Radiologie

- Konventionelles Röntgen: _____
 Mammographie (bitte ggf. Vorbilder mitbringen!)/ Galaktographie
- die gynosense ist im *H-Net Medical Connector* gelistet.
 Ultraschall durch Radiologen: _____

Gynäkologie & Geburtshilfe:

- Vorsorgeuntersuchung
 Facharztkonsultation- transvaginaler Ultraschall erfolgt je nach Indikation
 Mamma- Ultraschall (bitte ggf. Vorbilder mitbringen!!)
 Mamma- Stanzbiopsie (bitte Bilder mitbringen!!)

Klinischer Befund/Diagnose/Fragestellung:

Mündliche Rückmeldung erwünscht? Ja Nein

Falls ja, Tel.-Nr.: _____

Datum: _____ zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt
(Stempel und Unterschrift erbeten)